Robert Mazur

Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur
Data: 2023.03.08 14:15:25 +01'00'

Załącznik nr 3 do Uchwały Zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. nr 84/2023 z dnia 08.03.2023 r.

Warszawa, dnia.....

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. M. Kasprzaka 17
01 – 211 Warszawa

O F E R TA

na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Klinicznym Oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji *.....

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą ORL ……

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Nr telefonu ……

Adres zamieszkania …….....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)……

……..….....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Klinicznym Oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii, zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

<u>OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:</u>

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi Specjalistyczną Indywidualną Praktykę Lekarską w zakładzie podmiotu leczniczego w dziedzinie ....., wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.

5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …….. *
6. Oświadcza, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Deklaruje **liczbę godzin** wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: **min**……. i **max**…… w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego (w dni powszednie) oraz pomiędzy godz. 8.00 a godz. 8.00 dnia następnego (w soboty, niedziele i święta),
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważna z kwotą brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr……..
10. Oświadcza, iż posiada …… letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat ww. praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG - ***zał. nr 1.***
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - prowadzonego przez ORL – ***zał. nr 2,***
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji, tj.:
   - dyplom ukończenia szkoły wyższej;
   - prawo wykonywania zawodu lekarza;
   - dokument potwierdzający odpowiednio uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub II stopnień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe - ***zał. nr 3a, 3b, itd.***;
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – ***zał. nr 4,***
5. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy – ***zał. nr 5,***
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w lecznictwie stacjonarnym z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – ***zał. nr 6.***

**** niepotrzebne skreślić***

Oświadczenie oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[1] wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu**.

…….....……

(*podpis i pieczęć oferenta*)

[1] rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

** W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).